

修订请求书 - 行政颁令

Petition for Modification – Administrative Order

有关事宜:) 个案号码:
无监护权家长)
)
)
)
有监护权家长)

方法说明

所有回函均请工整书写，但您的签名除外。请使用蓝色或黑色墨水笔。

华盛顿州行政法规WAC要求您：

- 填写一项拟议的（新的）赡养费金额。
- 提出您请求修订行政颁令的一项理由。
- 签署此表格。

您必须填妥此表格第2页中所列的文件，并交还给儿童赡养处(DCS)。

注意：如果您不完成此表格中所要求的全部事项，行政法官(ALJ)可能会驳回此诉请。

诉请

本人，_____，请行政听证处指示儿童赡养处(DCS)和以上列名之有关当事方出席听证会，并且出具其认为不应修订本人儿童赡养行政颁令的理由。 我的儿童赡养行政颁令下达日期为_____。

我认为此个案目前的儿童赡养金额应该为每月\$_____。

我认为目前的儿童赡养金额应加以修改，原因如下：

请阅第2页和第3页中的其他要求，以及签名栏。

确认声明

本人明白：

1. 若此项诉请不符合华盛顿州修正法规RCW 74.20A.059所规定的条件标准，DCS将对此项诉请提出反对。倘若本人的赡养令不包含这些条款，DCS将会请行政法官将这些条款纳入我的赡养令，藉以要求每一方家长在目前可经由雇主或工会提供健康保险的前提下为子女提供健康保险，且健康保险费不超过家长基本赡养义务之25%。
2. 如果相关子女有资格享受印第安人医疗保健服务计划福利，DCS则认为符合此项要求。在某些情况下，DCS可强制执行此项赡养义务。负有赡养义务的家长必须于下达最终儿童赡养令之日起20天内，向DCS和另一方家长提交凭证，用以证实其为子女提供可行的有效健康保险。如果负有赡养义务的家长不提交健康保险凭证，可能会要求负有赡养义务的家长采取以下行动（按照轻重缓急顺序排列），以符合提供健康保险的赡养义务规定要求：
 - a) 经由负有赡养义务的家长之雇主或工会提供或保持健康保险，且费用金额不超过负有赡养义务家长的基本儿童赡养义务份额之25%。
 - b) 针对目前由另一方家长为赡养令中列名子女所支付的健康保险月费，而承担负有赡养义务家长应支付的保险月费比例份额，且费用金额不超过负有赡养义务家长的基本儿童赡养义务份额之25%。
3. 我必须提出儿童赡养费的具体金额、说明修改赡养令的原因，并签署此表格。若本人不这样做，DCS无法受理我的诉请。
4. 我必须向DCS提交下列文件。
 - a) 填妥的此诉请书。
 - b) 填妥的华盛顿州儿童赡养费明细计算表。
 - c) 如果我是孩子的父母，则收入证明文件（工资单存根、所得税申报单等）。
5. 我必须将上述文件邮寄至以下地址，或者亲自递交给处理本人个案的DCS办事处。

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. 如果我不向DCS提交上述文件，行政法官可能会驳回本人的诉请。
7. 若本人更改住址，则须通知DCS。
8. 如果本人子女的健康保险发生任何变化，我必须通知DCS。
9. 在此诉讼案中，DCS并不代表本人或者本人赡养令的另一方当事人。
10. 如果我未出席和参加预定的听证会，行政法官可能会驳回本人的诉请。
11. 如果本人赡养令的另一方当事人未出席和参加预定的听证会，行政法官可能会：
 - a) 批准DCS或出席听证会的此个案另一方当事人提出之任何请求，而不必另行通知。
 - b) 颁发一项裁决令，使赡养费金额高于或低于本诉请书中的拟议赡养费金额。

致家长双方的通知函

行政法官可以：

1. 命令家长双方为子女提供健康保险；前提是，目前或今后可经由雇主或工会提供健康保险，且健康保险费不超过家长基本赡养义务之25%。
2. 命令家长双方支付非承保医疗费用比例份额，包括共付额、自付额以及尚未通过“**赡养费欠款通知书**”强制执行的任何医疗保险费比例份额。
3. 颁令规定，若某一方家长本应根据赡养令为子女提供健康保险，但却未提交凭证以证实其为子女提供可行的有效健康保险，则DCS可以采取以下行动（按照轻重缓急顺序排列）：
 - a) 向雇主或工会送达一份通知函，要求雇主或工会依照华盛顿州修订法规28.18.170之规定为相关儿童办理登记加入健康保险计划的手续。
 - b) 向负有赡养义务的家长送达一份通知函，要求该位家长针对目前由另一方家长为子女支付的健康保险月费而支付其保险月费比例份额，且费用金额不超过负有赡养义务家长的基本儿童赡养义务份额之25%。
4. 颁令规定，若负有赡养义务的家长没有为其子女登记加入可行的有效健康保险计划，或者可经由该位家长的雇主或工会而提供健康保险，则DCS可依据华盛顿州修正法规RCW 26.18.170之规定而强制执行负有赡养义务家长的医疗费用支付义务。

声明

本人特此声明，以上陈述属实且正确。若有不实之词，愿依照华盛顿州法律而接受伪证罪处罚。

您必须签署此表格

日期

本人签名

邮箱号码或街道名称与门牌号码

本人的律师或代表之姓名

本人所在城市 州 邮政编码

本人的律师或代表之电话号码

() |()
住宅电话号码 手机号码

本人的律师或代表之所在城市、州、邮政编码

() |()
工作电话号码 留言电话号码

()

本人的律师或代表之电话号码

()

传真号码

打电话与本人联络的最佳时间

本人用于沟通听证会事宜的首选电话号码

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面，以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由，而对任何人进行歧视。 备有此表格的其他版本格式，可供索取。